

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1925-1926. — N° 67

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
LUXATIONS TRAUMATIQUES OBTURATRICES
DE LA HANCHE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 23 Décembre 1925

PAR

Paul-Marie-Anatole-Henri CARTRON

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à SAINTES (Charente-Inférieure), le 29 août 1902.

Examineurs de la Thèse	{	MM. BÉGOUIN, professeur	Président.
		ROCHER, professeur	Juges.
		PAPIN, agrégé	
		JEANNENEY, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1925



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1925-1926. — N° 67

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
LUXATIONS TRAUMATIQUES OBTURATRICES
DE LA HANCHE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 23 Décembre 1925

PAR

Paul-Marie-Anatole-Henri CARTRON

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à SAINTES (Charente-Inférieure), le 29 août 1902.

Examineurs de la Thèse	{	MM. BÉGOUIN, professeur	<i>Président.</i>
		ROCHER, professeur	} <i>Juges.</i>
		PAPIN, agrégé	
		JEANNENEY, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIERE, 17

1925

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON, MOURE.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAËT.	Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants.....	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Anatomie.....	PICQUÉ.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques	LE DANTEC.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	W. DUBREUILH.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires...	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	N.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	BARTHE.
Botanique et matière médicale.....	BEULLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie...	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie). — CARLES (Thérapeutique et pharmacologie).
PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie.....	VILLEMEN.	Médecine générale.....	MICHELEAU.
Histologie.....	LACÔSTE.	id.....	BONNIN.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	JEANNENEY
id.....	N.	id.....	N.
Physique biologique et médicale.....	N.	id.....	N.
Chimie biologique et médicale.....	N.	Obstétrique.....	PERY.
Médecine générale.....	MAURIAC.	id.....	FAUGÈRE.
id.....	LEURET.	Ophtalmologie.....	TEULIÈRES.
id.....	DUPERIÉ.	Oto-rhino-laryngologie.....	PÖRTMANN.
id.....	CREYX.	Pharmacie.....	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	ANDÉRODIAS.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques	LABAT.
Accouchements.....	PERY.	Chimie pharmaceutique.....	GOLSE.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Chimie minérale.....	GOLSE.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes... MM. N.

Pathologie externe (4^e année) et petite chirurgie..... CHARRIER.

Pathologie externe (3^e année) et petite chirurgie..... LOUBAT.

Cours complémentaire annexe — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MES PARENTS

En témoignage de ma profonde gratitude.

A MES AMIS

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BARTHÉLEMY

*Directeur de l'École principale du Service de Santé de la Marine
et des Colonies,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF FOURGOUS

*Sous-directeur de l'École principale du Service de Santé de la Marine
et des Colonies,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier d'Académie.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FÉLIX PAPIN

*Chargé du cours complémentaire de médecine opératoire,
Chirurgien des Hôpitaux,
Croix de guerre.*

A MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BÉGOUIN

*Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux.
Chirurgien des Hôpitaux,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

AVANT-PROPOS

Qu'il nous soit permis de dire ici toute notre reconnaissance à M. le professeur agrégé Papin qui nous a inspiré ce travail et guidé dans son élaboration.

M. le professeur Bégouin a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse; qu'il reçoive l'expression de notre profonde gratitude.

Nous exprimons encore nos sincères remerciements aux maîtres de l'enseignement secondaires qui nous ont aidé à acquérir nos premiers diplômes et nous ont suivi, au cours de nos études, avec une sollicitude toute particulière.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
LUXATIONS TRAUMATIQUES OBTURATRICES
DE LA HANCHE

INTRODUCTION

A la suite d'un traumatisme, la tête fémorale peut se luxer en quatre positions principales :

- 1° Vers la région iliaque : *Luxation iliaque* ;
- 2° Vers le tubercule ischiatique : *Luxation ischiatique* ;
- 3° Vers le trou obturateur : *Luxation obturatrice* ;
- 4° Vers la région pectinéale : *Luxation ilio-pubienne*.

Par suite de mouvements actifs ou passifs (ceux provoqués par le chirurgien, par exemple), une luxation obturatrice peut se transformer en luxation iliaque cette dernière peut à son tour devenir luxation pubienne.

Nous n'envisageons ici que les luxations trouvées par le chirurgien en position obturatrice au moment de son intervention. Ainsi, par exemple, une luxation primitivement ischiatique devenue obturatrice nous intéressera, à l'exclusion d'une luxation obturatrice devenue ischiatique.

Ces affections sont le plus souvent classées au point de vue

de la position anatomique du membre du sujet traumatisé; quelle en est donc la disposition anatomo-pathologique?

Suivant la définition généralement admise, nous dirons qu'une luxation obturatrice répond au cas où la tête fémorale est luxée en position antéro-inférieure vis-à-vis de la cavité cotyloïde. Cette définition suppose la division en quatre cadrans, de l'aire de projection sur un plan sagittal, de l'os coxal orienté comme celui d'un sujet placé dans l'attitude du « garde à-vous »; elle sépare nettement les luxations antérieures en luxations ilio-pubiennes et obturatrices.

De telles luxations sont relativement assez rares. Hamilton donne la statistique suivante :

Sur 104 cas, il a trouvé : 55 luxations iliaques, 28 ischiatiques, 13 obturatrices, 8 pubiennes, ce qui fait un pourcentage de 12,5.

Il nous a paru intéressant de réunir 41 observations en y joignant le cas d'un marin hospitalisé récemment dans le service de M. le professeur Bégouin.

A l'aide de ces documents, nous étudions le mécanisme, les signes cliniques de cette affection, et nous envisageons les différents procédés de réduction employés.

Enfin, comme conclusion, nous condons en quelques lignes les caractères qui nous ont semblé le plus propres à cette variété de luxation.

Notre plan sera donc le suivant :

PREMIÈRE PARTIE. — *Documents.*

Subdivisée en :

Chapitre premier. — Observations détaillées.

Chapitre II. — Observations abrégées.

DEUXIÈME PARTIE. — *Analyse de ces documents.*

PREMIÈRE PARTIE

DOCUMENTS

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATION I (inédite).

Due à l'obligeance de M. le professeur BÉGOUIN.

Luxation récente. Réduction sous anesthésie. Guérison.

M..., navigateur, 35 ans, tombe, le 10 novembre 1925, à pieds joints de 5 mètres de haut, fléchit les cuisses et s'assoit sous la violence de la chute. Il ne peut se relever. Porté aussitôt à l'Hôpital Saint-André, le malade présente les signes suivants :

Flexion de la cuisse droite, abduction, légère rotation interne, changement de direction de l'axe de la cuisse qui semble se diriger vers la région périnéale.

Saillie de la portion supérieure des adducteurs allant vers le pli génito-crural. Disparition de la saillie normale du grand trochanter remplacée par une dépression contrastant avec la saillie restée normale de la fesse.

A la palpation, disparition du trochanter qu'on trouve en bas et en arrière. En avant, la saillie génito-crurale semble sous-tendue par une masse dure.

Mobilité. — Impotence fonctionnelle absolue. Essai d'extension de la cuisse sur le bassin douloureuse et inefficace, adduction complète impossible.

Radiographie. — La tête fémorale est aperçue hors du cotyle regardant le trou obturateur.

Le 12 novembre 1925, sous anesthésie à l'éther, la reposition non sanglante est obtenue sans aucun développement de force. Le sourcil cotyloïdien est aisément franchi.

Guérison complète du blessé qui sort de l'hôpital.

OBSERVATION II

Joseph BÉRENDES, *Ueber die Luxatio obturatoria*. Thèse de Würzburg, 1886.

Luxation récente. Réduction.

Georges K..., un homme robuste de 42 ans, travaillait courbé dans une mine, lorsqu'il fut enseveli par un éboulement de sable et de décombres qui lui tombèrent sur la partie inférieure de l'abdomen et sur le dos. Il fut complètement enseveli, de sorte qu'il resta un temps assez long avant d'être dégagé.

Il fut amené immédiatement à l'hôpital. Il avait une petite blessure cutanée de l'orbite gauche près de la racine du nez, mais n'ayant pas jusqu'à l'os. Il présentait une fracture des deux os de la jambe droite à la même hauteur. Le fragment supérieur du tibia faisait saillie en bec de flûte sous la peau qui était presque perforée. Les parties molles étaient fortement contusionnées. On remarquait sur la hanche droite un profond enfoncement dans la région du grand trochanter. Par suite, la fesse droite paraissait aplatie. La pointe du grand trochanter, qui, normalement, n'est pas perceptible en dedans de la ligne de Nélaton-Röser, était fortement déplacée en dehors au milieu des muscles.

Rien à signaler dans la région inguinale.

La cuisse est en légère abduction, rotation en dehors et fortement fléchie sur le bassin. Les adducteurs font une forte saillie et sont très tendus au niveau de la branche horizontale du pubis.

Rien à signaler dans la région périnéale.

Dans le toucher rectal, on sent que les muscles remplissant le trou obturateur font une forte saillie hémisphérique bombant vers l'intérieur. Si en même temps on déplace le fémur, on sent là les mouvements de la tête.

Pas d'autres lésions. Pas d'état de choc. L'état général n'est pas inquiétant.

Le malade étant endormi, la jambe cassée fixée dans une gouttière, on essaie sans succès la réduction par la méthode de l'extension.

On fléchit alors la cuisse par le bassin, on la porte en abduction

et en rotation externe, puis on pratique la rotation en dehors et l'extension, ce qui amène la réduction.

Le malade est guéri en deux mois et demi,

OBSERVATION III

MAC CORMAG, *Saint-Thomas hospital reports*, t. IX. 1879, p. 101.

Luxation ancienne. Résection sous-trochantérienne. Guérison.

H..., 19 ans, marin. Luxation de la hanche à l'Ile Maurice, le 1^{er} septembre 1876, en glissant sur le pont mouillé; put marcher encore deux ou trois heures. Deux jours après, à l'Hôpital de Port-Louis (Ile Maurice), trois tentatives de réduction, une quatrième sous anesthésie; aucun succès.

Quinze jours après, cinquième tentative sous chloroforme; pas de résultat.

Quinze jours après, sixième tentative (abcès de la fesse).

En mai 1877, il retourna en Angleterre, à London-Hospital. Septième tentative, sans succès.

Ténotomie des extenseurs et extension continue; aucune amélioration. Lordose extrême.

A ce moment, luxation obturatrice, douleurs très vives, position extrêmement vicieuse (abduction et rotation en dehors, avec flexion excessive. Trochanter à un pouce et demi au-dessous de la ligne de Roser-Nélaton, à cinq pouces de l'E. I. A. S.).

23 juin : Nouvelles tentatives par manœuvres douces, puis par tractions, par poulies. Douleurs, troubles généraux et locaux. Sort de l'hôpital.

Le malade rentre à l'hôpital au bout d'un mois demandant une opération.

5 juin 1878 : Arthrotomie. Incision en Y; une branche vers l'épine iliaque entéro-supérieure, l'autre vers l'épine iliaque postéro-supérieure, la tige sur le trochanter.

Les parties molles incisées, on arrive à la cavité.

« Je trouvai, au lieu d'une cavité profonde en forme de calice, une

cavité peu profonde en forme de soucoupe, dans laquelle la tête de l'os, en supposant que j'aie pu arriver à l'y amener, ne pouvait absolument pas rester. »

D'ailleurs, tissu fibreux dans l'acetabulum. Division au ciseau juste au-dessus du pli trochanter.

Ablation difficile de la tête, du col et du grand trochanter (tête aplatie, partiellement résorbée, cartilage entièrement disparu).

Grâce à cette résection et à la traction, le membre peut être redressé complètement, lentement.

Double attelle sur les deux membres liés ensemble.

15 juillet : Plaie en bon état. Lordose disparue, raccourcissement de deux pouces.

22 juillet : Sept semaines après l'opération, le malade se lève pour la première fois. Les mouvements passifs furent communiqués à l'articulation de la hanche et du genou qui étaient devenus très raides par l'immobilisation ; les courants interrompus furent employés chaque jour pour stimuler les muscles atrophiés.

1^{er} août : Il quitte l'hôpital. La plaie est fermée, sauf en un point. Le malade peut se tenir debout, fléchir et étendre la cuisse et marcher avec une canne.

23 novembre : Il marche seul, sans aide. Le membre est droit, la cuisse peut être fléchie de 30 degrés au moins. Le raccourcissement est corrigé par des brodequins à semelles épaisses. Les muscles ont beaucoup gagné de grosseur et de force.

Le 9 janvier 1879, le malade marche bien ; le raccourcissement, mesuré de l'épine iliaque antérieure et supérieure est réduit à trois pouces. L'extrémité du fémur divisé est sur le niveau de l'épine. Le patient, dans le décubitus dorsal, ne présente plus trace de lordose. L'articulation de la hanche peut être fléchie à 45 degrés.

OBSERVATION IV

LIHER, Thèse de Paris, 1890-1891.

Le cultivateur François V..., âgé de 40 ans, demeurant à Fontaine-au-Pire (Nord), se présente le 25 décembre à la consultation de M. le docteur Bigo, se plaignant d'une contusion de la hanche droite. Il

raconte qu'à la suite d'un accident survenu trois jours auparavant, il a éprouvé une douleur dans la hanche; cette douleur ne l'a pas empêché de marcher, mais elle le rend incapable de travailler. Persuadé qu'il s'agit d'une contusion simple, le blessé appelle le docteur Bigo sans soupçonner qu'il puisse être atteint d'une luxation.

En l'examinant successivement debout et dans le décubitus dorsal, on constate la rotation du pied en dehors, l'abduction du membre, l'impossibilité des mouvements spontanés de la hanche, mais la tête fémorale ne se trouve nulle part facilement accessible. Il s'agit donc bien d'une luxation coxo-fémorale en avant; on peut même considérer comme très probable que c'était la forme obturatrice et non point l'ilio-pubienne.

Séance tenante, les manœuvres d'extension et de contre-extension sont pratiquées avec une énergie suffisante, mais sans aller jusqu'à la violence. Quatre hommes ont ainsi pratiqué les manœuvres de force qui ont été continuées pendant une demi-heure environ; ces manœuvres sont restées sans résultat.

Déçu de son insuccès, le chirurgien prit la précaution de relire ses notes personnelles et de recueillir ses souvenirs classiques; alors seulement il retourna auprès de son blessé, déterminé à tenter, par les manœuvres de douceur, la réduction sans le secours d'aucun aide et sans recourir à l'anesthésie chloroformique. Il plaça le sujet dans le décubitus dorsal, fléchit la jambe sur la cuisse, releva le genou, puis il conduisit le membre dans la flexion sur le tronc. Procédant avec douceur, il continua cette flexion et la poussa jusqu'à une véritable exagération, appliquant ainsi le genou sur le thorax. Sans désespérer, il compléta ce mouvement prépondérant et volontairement poussé à l'extrême et imprima au membre quelques mouvements accessoires. Pendant qu'il faisait ainsi un peu de rotation, un peu d'abduction et d'adduction, il eut ainsi la sensation, non pas d'une coaptation brusque, mais d'une secousse minime qui ressemblait plutôt à une sorte de ressaut, et ce ne fut pas sans surprise qu'il constata la facilité de la déflexion du membre et la réalité d'une réduction à laquelle il osait à peine croire. Les signes de la régulière conformation du membre étaient tous complets, la réduction était bien et dûment acquise.

Les soins consécutifs furent un peu prolongés en raison de l'importance de la ténacité de l'atrophie du membre. Les séances d'électrisation localisée furent renouvelées pendant environ un mois.

Le blessé commence à marcher à l'aide de cannes.

OBSERVATION V

LIBER, thèse de Paris, 1890-1891.

Arthur X..., manœuvre de maçon, âgé de 20 ans, travaillait à la construction d'un échafaudage au-dessus d'une cave. Il portait, avec l'aide d'un autre ouvrier, une poutre, longue de 4 à 5 mètres, destinée à être placée transversalement sur les sommiers en fer de la cave. Ayant posé le pied gauche sur un de ces sommiers, il voulut porter le pied droit en avant sur une traverse de bois; malheureusement, celle-ci bascula et le membre droit plongea dans le vide. L'ouvrier parvint à se cramponner par les mains au barreau de fer placé au-devant de lui, mais la poutre qu'il portait lui tomba sur la hanche gauche en même temps que le membre du même côté resté en arrière était soumis à une brusque et violente abduction. Il est cependant probable que l'abduction était déjà très importante au moment de la contusion du côté externe de la cuisse.

Deux autres ouvriers le retirèrent aussitôt et le transportèrent à bras jusqu'au tramway; c'est ainsi qu'il arrive à la maison de secours, une demi-heure après l'accident, soutenu sur les épaules d'un compagnon. Le blessé se soulevait de telle sorte que le pied gauche ne portait pas sur le sol.

Nous l'examinons d'abord debout, un aide le soutenant par les bras. Ce qui nous frappe immédiatement, c'est l'attitude du membre gauche. Il est dans l'abduction; la cuisse est légèrement fléchie sur le bassin sans rotation appréciable. Le pied gauche se trouve en avant du pied droit. L'os iliaque est abaissé dans son ensemble et surtout à gauche. Le grand trochanter est beaucoup moins saillant du côté gauche; il est aussi notablement porté en arrière. Le pli de l'aîne est descendu; le pli fessier est effacé et descendu. La fesse est élargie et la dépression post-trochanterienne est effacée. Le blessé est alors couché sur le dos. La palpation permet de reconnaître une

vive sensibilité dans toute la région du pectiné et de la portion supérieure des adducteurs. Pour préciser, on porte la main sur la branche descendante du pubis et ascendante de l'ischion qu'on reconnaît avec une grande netteté. En portant les doigts à quelques centimètres au dehors de cette ligne osseuse, on arrive à sentir très bien la tête fémorale.

M. Guernonprez commence quelques manœuvres pour reconnaître l'étendue des mouvements communiqués (les mouvements spontanés étant trouvés impossibles). Il fait d'abord un peu de flexion jusqu'à l'angle droit et, pendant ce temps, je sens moi-même nettement que les mouvements sont communiqués à la tête déplacée qui roule sous mes doigts au-devant du trou obturateur. Il y joint alors une certaine étendue d'abduction; sans qu'aucun de nous perçoive quoi que ce soit, M. Guernonprez ressent un petit ressaut. Le membre s'allonge immédiatement avec une aisance toute naturelle.

Nous constatons alors que tous les signes de luxation sont disparus; les épines iliaques sont à la même hauteur; les trochanter sont également saillants; les plis sont parfaitement symétriques aussi bien en avant qu'en arrière. Le blessé se lève sans aucun secours; nous le faisons marcher à plusieurs reprises sans le moindre soutien et même en lui faisant placer les deux mains sur la tête; toutefois, il traîne un peu la jambe gauche.

L'accident s'est passé le 3 janvier; nous avons revu le blessé le 8; il marche très bien, aussi bien qu'avant l'accident; à la pression profonde, on trouve cependant encore un point douloureux à la partie antérieure de la cuisse au niveau du triangle de Scarpa. Il y aura eu probablement un peu de contusion du muscle obturateur externe.

OBSERVATION VI

OSTERMAYER, *Weiner Klinische Wochenschrift*, 1894, p. 750, 795.

**Luxation ancienne. Réduction sanglante impossible.
Résection sous-cervicale.**

Johann G..., 37 ans, mineur, est admis, le 5 janvier 1893, dans la section de chirurgie de l'Hôpital Saint-Johann, à Budapest.

Dans la nuit du 23 juin 1891, il fut surpris par un éboulement

dans une galerie. Un bloc de pierre, d'environ 4 mètres de long et 2 mètres de haut, tomba d'une hauteur de près de 1 mètre sur la terre éboulée qui emprisonnait son membre inférieur droit et le fractura vers l'extrémité supérieure du fémur; puis le bloc de pierre roula sur le tronc et le membre inférieur gauche.

Lorsqu'on le dévra, le membre inférieur gauche était fléchi sur la hanche, présentait des mouvements de latéralité à droite et à gauche, mais ne pouvait être étendu. On tenta, sans succès, la réduction sous chloroforme à l'hôpital de la mine. Fracture de la cuisse droite.

La fracture guérit avec raccourcissement notable.

En octobre 1891, le malade essaya de marcher; il en fut empêché par de violentes douleurs dans l'aîne et la cuisse gauche, laquelle avait gardé sa position vicieuse.

Dans le courant de 1892, il entra à la Clinique chirurgicale de Budapest, où il fut soumis deux mois à l'extension, sans aucune amélioration.

La marche est difficile et douloureuse; aux douleurs précédentes s'étaient ajoutées de violents élancements dans la région fessière; aussi le malade, incapable de travailler, se présente, le 5 janvier 1893, à l'Hôpital Saint-Johann où il est admis.

État actuel. — Homme vigoureux, de taille moyenne, bien portant. Dans la station debout, il s'appuie sur la jambe droite, tandis que la gauche, modérément fléchie, est en abduction et rotation externe. Le genou est un peu fléchi.

Dans le décubitus dorsal, le membre inférieur gauche est fléchi sur le bassin, en abduction et rotation externe, et complètement immobilisé dans cette position.

A la mensuration : 95 centimètres à gauche; 86 à droite.

Membre gauche notablement atrophié.

- Le grand trochanter est profondément caché au milieu des muscles, et un peu plus postérieur que normalement. La région fessière gauche est aplatie, et son diamètre transversal diminué.

Diagnostic. — Luxation ancienne, traumatique et irréductible du fémur dans la fosse ovale. Ankylose complète.

Opération. — 21 janvier 1893 : Chloroforme. Incision de Bidder

(incision longitudinale immédiatement en arrière du grand trochanter), commençant en haut, au-dessous de la crête iliaque et descendant parallèlement au bord postérieur du grand trochanter jusqu'au-dessus de sa base. Section du grand fessier. Résection d'une lamelle osseuse couverte de son périoste et des insertions fibreuses des muscles, tout le long du grand trochanter.

Après avoir écarté les parties molles, on voit la moitié supérieure de la cavité cotyloïde; dans sa moitié inférieure est solidement fixé, par des adhérences, le sommet du grand trochanter. On libère le col au bistouri, avec précaution.

L'opération est très difficile, vu la profondeur de la plaie et l'étroitesse du champ opératoire, limité par des os ou des insertions musculaires. Le doigt, glissé avec peine le long du col, constate que la tête est entourée de toutes parts par des productions osseuses auxquelles elle adhère.

Dans ces conditions, je renonce à pratiquer la réduction et sectionne le fémur, au ciseau et au maillet, à la partie supérieure du petit trochanter; la plus grande partie de l'os est ainsi coupée, le reste est fracturé. La partie restante ne peut être extraite qu'à grand'peine, par morcellement; la tête, notamment, fut très difficile à enlever. Elle était, en effet, enclavée dans une cavité formée aux dépens du trou obturateur que de puissants ostéophytes, détachés des parois osseuses, rendaient encore plus profonde. Sa profondeur était telle qu'elle contenait la tête et une partie du col, en les emprisonnant si fortement que leur immobilité était absolue; l'ankylose était fibreuse.

La vraie cavité cotyloïde dans laquelle reposait le sommet du grand trochanter était rétrécie par des ostéophytes de la partie supérieure et externe de son rebord.

De plus, la tête était un peu plus petite que normalement, bien qu'elle eût conservé sa forme. Son revêtement cartilagineux avait disparu et elle était recouverte d'une membrane fibreuse.

Le col était aussi modifié; il faisait, avec le cylindre diaphysaire, un angle presque droit. Il paraissait raccourci.

J'arrondis alors avec le ciseau et le maillet l'extrémité supérieure de la partie restante du fémur et après avoir enlevé la portion du

rebord cotyloïdien augmentée de volume et épaissie qui débordait dans la cavité, j'introduisais l'extrémité fémorale dans la cavité. Drains dans la fausse cavité articulaire; muscles et périoste suturés au catgut, peau suturée à la soie. Pansement à la gaze iodoformée et au coton de bois. Le membre fut soumis à l'extension continue à l'aide de poids (8 kilos).

Suites simples pendant deux mois, malgré une température s'élevant à plusieurs reprises jusqu'à 38°5.

Le 20 février, le malade s'assied sans difficulté sur son lit. Le poids extenseur a été diminué de 4 kilos.

A la fin de février, on enlève l'appareil extenseur et on fait du massage et de la mobilisation.

Le 14 mars, essais de marche avec deux béquilles, satisfaisants.

Le 26 mars, furoncles dus au massage, adénite; fièvre les jours suivants.

Le 6 avril, 39°4; le 7, incision d'un abcès superficiel de la région trochantérienne, au niveau de la cicatrice. Le 12, incision d'un nouvel abcès.

Nouveaux abcès en juin; on ne trouve pas de points osseux dénudés.

Le 31 juillet, le malade se promène facilement avec une canne. Tous les mouvements de l'articulation sont libres et indolores. Les muscles du membre gauche ont gagné en force. Le membre inférieur gauche est encore de 1 centimètre environ plus long que le droit, ce qu'il faut attribuer à la fracture de la cuisse droite consolidée avec un chevauchement considérable (6 à 8 centimètres).

Le malade quitte le service.

OBSERVATION VII

RIEDEL, in *Endlich Langenbecks Archiv*, 1898, vol. LVI, p. 583.

Luxation gauche (dix semaines). Reposition sanglante. Suppuration.

Ankylose.

Anton B..., 9 ans, fils de cultivateur, de Stredtlingen. Entré le 9 octobre 1894.

Il y a neuf semaines, l'enfant tomba d'une voiture qui lui passa

sur le corps. Il fut soigné quelque temps par un empirique ; puis un médecin le vit et fit plusieurs tentatives de réduction sous anesthésie, sans succès.

État actuel. — Enfant bien portant. Membre inférieur gauche en abduction, légère flexion, légère rotation en dehors. La marche est très difficile. La cavité cotyloïde est vide, le trochanter un peu au-dessous de la ligne Roser-Nélaton. On sent la tête dans le trou obturateur, assez profondément vers le tubercule ischiatique.

Examen sous anesthésie ; abduction rigide à 40 degrés ; adduction presque impossible ; flexion facile jusqu'à un angle très aigu ; extension complète impossible. Rotation en dehors de 25 degrés ; on peut faire de légers mouvements de rotation (5 degrés à 10 degrés).

La tête, profondément située vers l'ischion, ne se meut pas dans les mouvements du membre ; au contraire, le trochanter est mobile.

Le 15 octobre, éthérisation. On libère la tête par différents mouvements, puis on essaie, par flexion, adduction et rotation en dehors, de réduire la luxation. Après plusieurs essais infructueux, on abandonne ces tentatives. Incision longitudinale un peu en dedans du trochanter. Les muscles trochantériens internes sont désinsérés, ce qui découvre, d'une façon inattendue, le nerf sciatique. La capsule, assez mince, est fendue ; la cavité cotyloïde est pleine de tissus fibreux ; pas de fracture, sauf une petite éraillure du rebord cotyloïdien, en avant. On fait, au ciseau, une brèche dans le bas du rebord cotyloïdien pour le drainage de la cavité. La tête, qui est très profondément située vers le trou obturateur, peut être assez facilement remise en place, mais se reluxe aussi facilement, grâce à la fracture du rebord cotyloïdien. Pas de modifications de la tête ni du col. On place un drain vers la cavité cotyloïde et on laisse la plaie ouverte.

La température monte, les jours suivants, à 38 degrés, puis à 39 degrés. La plaie sécrète abondamment ; quelques petits séquestres sont éliminés.

Le 11 décembre 1894, sous anesthésie, on rouvre la plaie et on extrait un petit séquestre, gros comme une pièce de 10 pfenning, appartenant à la tête fémorale. Drainage.

De nouveau, la température s'étant élevée, l'enfant est endormi le 16 janvier 1895 et on draine l'ancienne place de la tête.

Dès lors, tout va bien ; on enlève le drain après quatorze jours. Cicatrisation.

Le 28 février 1895, le malade sort ; le membre est en adduction ; il y a environ trois quarts de centimètre de raccourcissement. Le malade marche depuis plusieurs semaines sans souffrir.

Il est revu le 6 août 1897. Ankylose de la hanche gauche. Flexion d'environ 80° degrés, adduction de 15 degrés, rotation en dedans, 10 degrés.

Longueur des deux cuisses égale (du trochanter à l'interligne du genou, 35 centimètres). On sent plusieurs ostéophytes longs de 3 centimètres, larges de 1 centimètre à la hauteur du trochanter, 3 centimètres en arrière de lui.

Atrophie du membre : A 15 centimètres au-dessus de la rotule, à gauche, 26 centimètres ; à droite, 30 centimètres de circonférence. Au bas de la cuisse, à gauche, 22 centimètres ; à droite, 23 centimètres. Le pied gauche est normal, de même longueur que l'autre. Le patient court tout le jour, ne se plaint que de quelques douleurs par moment dans le genou gauche ; on n'y trouve rien. La cicatrice est souple et indolore.

OBSERVATION VIII

RIEDEL, *in* ENDLICH, *loc cit.*, p. 585.

Luxation gauche (64 jours). Reposition sanglante. Bon résultat.

Edmund K..., 37 ans, bûcheron, est reçu le 7 août 1895.

Cet homme, grand, fort, avait subi, le 20 mai, le traumatisme suivant : le tronc d'un sapin qu'on abattait tomba sur le haut de sa cuisse gauche. Il tomba aussitôt et ne put se relever. Il fut transporté chez lui ; bientôt se produisit un gonflement considérable. Deux médecins, qui le virent six heures après, crurent à une fracture qu'ils tentèrent de réduire. Le malade resta deux semaines au lit, puis porta sept semaines un plâtre ; c'est alors que, l'enflure étant

disparue, on diagnostiqua la luxation; dix jours après, le patient rentre à la clinique.

État actuel. — Homme bien portant; il marche avec une béquille et une canne. Membre inférieur gauche en abduction de 30 degrés environ, flexion et faible rotation externe. Le bassin est abaissé à gauche de 6 cent. $1/2$; allongement apparent du membre gauche. Le trochanter gauche est senti très profondément; la région trochantérienne est aplatie. La tête est au niveau du trou obturateur, on en sent nettement les contours. Aucun mouvement actif. On peut produire la flexion passive jusqu'à l'angle droit; les autres mouvements sont impossibles. Aucune douleur spontanée; la mobilisation est peu douloureuse. Enflure légère du tiers inférieur de la jambe gauche; varices sur les deux jambes.

Après les préparatifs d'usage (bains, purgation), on endort le malade, le 22 août 1893, à la morphine et l'éther, pour pratiquer la reposition sanglante. Pour libérer la tête, on fait d'abord une incision interne, par laquelle, si possible, on fera la reposition. Incision de 12 centimètres, partant de la symphyse pubienne, et descendant le long du bord du droit interne. Par cette incision, on arrive à travers les adducteurs, sur la tête fémorale. Elle répond bien au trou obturateur, sa convexité est tournée vers la branche pubienne. Elle est recouverte de tissus fibreux durs renfermant de petits morceaux d'os aplatis. A cause de la profondeur de la plaie, sa libération complète est impossible, et toutes les tentatives pour la mobiliser sont inutiles. On fait alors une incision externe; le malade est couché sur le côté droit; incision de Langenbeck, longue de 15 centimètres. A travers les fessiers, on arrive facilement sur la cavité cotyloïde, remplie de tissus fibreux; on la nettoie complètement. Par là, on arrive sur la moitié interne de la tête, dont le bord inférieur repose sur la partie antérieure du rebord cotyloïdien antérieur, contre lequel bute la tête; on peut alors réduire, un bras appuyant en dedans du haut de la cuisse, pendant que l'autre main saisit l'extrémité inférieure du fémur et la porte en forte adduction. Un gros et long drain est passé par l'incision de résection jusqu'au fond de la cavité où était la tête. Pas de suture; les plaies sont bourrées de gaze iodoformée. Pansement. Extension continue.

Suites simples. Écoulement sanguinolent très abondant les jours suivants. Le drain est enlevé le 23 octobre. Le 12 décembre, le malade se lève; le 4 janvier 1896, on lui met un plâtre; le 16 janvier, il sort, ne pouvant pas encore mouvoir son membre.

Le 24 octobre 1897, le malade revient se faire examiner à la clinique : raccourcissement réel de 1 centimètre. Membre en extension.

La flexion peut atteindre 35 degrés; l'adduction et l'abduction 5 degrés à 7 degrés; la rotation 5 degrés. Les mouvements ne sont pas douloureux, se font librement, sans craquements. Les varices du membre inférieur gauche ont augmenté; celui-ci est enflé; il y a des ganglions inguinaux. Le patient peut marcher plusieurs heures sans douleur; il travaille tout le jour sur la chaussée. Il se plaint surtout de ses varices; celles-ci lui donnent le soir de l'enflure des deux jambes,

OBSERVATION IX

HAMILTON.

Luxation ovalaire réduite par manœuvre de douceur.

Le 21 juillet 1858, Nathaniel S..., peintre en bâtiments, âgé de 33 ans, tomba d'une fenêtre du second étage de la maison de poste de Buffalo, dans une cour pavée; la chute, au dire du blessé, aurait porté sur la partie interne du genou droit. Je le vis moins d'une heure après l'accident et constatai une luxation incomplète du tibia droit en dehors, une luxation complète de la rotule correspondante en dehors, une luxation du fémur droit dans le trou ovale. Le membre était dans une forte abduction, avec rotation légère du fémur pouvant se sentir distinctement en avant, juste au-dessous du pubis.

Après avoir administré le chloroforme, je réduisis d'abord le tibia et la rotule; puis, saisissant la cuisse et la jambe, je fléchis la cuisse sur le tronc, en laissant le membre dans l'abduction jusqu'à ce qu'il fût arrivé à faire un angle droit ou presque droit avec le tronc; puis, comme la cuisse était sur le point d'atteindre le lit, la tête luxée revint dans le cotyle avec un bruit sourd de claquement. Dans les différents temps de la manœuvre, j'avais laissé le membre prendre la direction qu'il voulait. La guérison fut rapide et complète.

CHAPITRE II

Il nous a paru intéressant de rassembler dans une deuxième série d'observations :

I. 27 cas rapportés par Bérendes dans sa thèse sur les luxations obturatrices de la hanche ;

II. 7 cas rapportés par Liber (thèse de Paris, 1890-1891, p. 24) ;

III. Une courte observation de Walther ;

IV. Un tableau paru dans la thèse de Piollet ;

V. Une observation récente de Watkins.

I

Sur les 33 cas rapportés par Bérendes, 27 seulement se rapportent aux luxations obturatrices proprement dites :

1. — Récit d'une luxation ancienne de la tête sur le trou ovale chez un homme. Il s'agissait d'une luxation gauche chez un homme de 17 ans. Réduction facile.

2. — Luxation gauche de 19 ans, datant de quatorze jours, chez un homme adulte. Marche possible : deux jours après l'accident, le malade aurait parcouru sans aide la distance de 2 milles et $1/2$ (?) Réduction facile.

3. — Homme de 34 ans, luxation datant de trois semaines, prise d'abord pour une coxite. La réduction est obtenue après échec de diverses méthodes. L'extension, obtenue par un poids de 110 kilos, donna enfin un résultat.

4. — Luxation droite récente chez un homme de 31 ans. Réduction par extension et abduction.

5. — Luxation gauche datant de huit jours, chez un enfant de 6 mois. Réduction par tractions et adduction.

6. — Homme de 40 ans. Luxation gauche. Cet homme étant courbé avait reçu un poids lourd sur le dos.

On trouve le membre en légère abduction et un peu fléchi sur le bassin. Forte dépression à la place du grand trochanter.

Anesthésie totale et mouvements combinés de flexion, rotation et adduction ; on échoue.

On appuie sur la tête par le périnée ; traction en haut et en dehors, et en soulevant le genou avec force en le portant en dedans, on obtient la réduction.

7. — Luxation récente réduite d'une façon remarquable. Après une première tentative vaine, la rotation en dedans amène la réduction.

8. — Enfant de 10 ans tombé d'une hauteur de douze pieds (on ne sait de quelle façon) ; perte de connaissance. Jambe droite soulevée en dehors en grande abduction. Le père de cet enfant réduisit brutalement la luxation. Il dit avoir entendu au même moment un bruit fort comme « un coup de canon » !!

Hamilton, à qui fut porté l'enfant, trouva le membre en très bon état. L'enfant se lève au neuvième jour. Un an après, Hamilton ne trouva qu'une légère douleur au niveau de la tête fémorale.

9. — Luxation bilatérale chez un homme de 29 ans facilement réduite. Guérison en dix-sept jours.

10. — Jeune homme de 19 ans ayant subi de graves traumatismes dans un accident de chemin de fer présenta une luxation gauche qui fut aisément réduite, mais il mourut des suites de ses autres blessures.

11. — Enfant de 6 ans présentant une luxation datant de cinquante-quatre jours qui fut facilement réduite.

12. — Luxations obturatrice à droite et iliaque à gauche. Réduites aisément toutes les deux.

13. — Il s'agissait d'un homme de 26 ans qui était tombé alors que sa jambe droite était en abduction. On constatait une abduction de 15 degrés seulement, le membre droit assez mobile et allongé de 1 centimètre. Le trochanter était déplacé assez loin en dedans ; la tête était indistinctement perçue au niveau du trou ovale. Vive douleur sur le trajet du nerf obturateur.

La réduction fut obtenue sans anesthésie générale par : 1° flexion et abduction ; puis 2° abduction ; 3° rotation en dedans avec adduction et extension. Le malade quitta l'hôpital cinq semaines après, boitant quelque peu.

14. — Un homme de 34 ans présentait une luxation gauche datant de six mois. La réduction fut facilement obtenue par extension forcée, rotation en dedans et adduction. Cependant le malade dut marcher pendant trois mois avec un bâton. Raccourcissement d'un 1/2 centimètre (ce même raccourcissement a été observé par l'auteur deux fois sur 21 cas).

15. — Luxation récente chez un jeune homme de 17 ans réduite facilement par rotation en dedans et extension.

16. — Enfant de 8 ans présentant une luxation bilatérale *non traumatique*, à la fin d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu ; le malade ne pouvait plus que ramper et faire la cabrioie (?).

A l'examen, on trouvait à gauche une luxation périnéale et à droite une luxation obturatrice.

Opération. — On pratiqua à gauche la résection de la tête. A droite, ostéotomie sous-trochantérienne.

Au bout de quatre semaines, la consolidation osseuse était obtenue ; la jambe gauche est plus courte que la droite de 5 centimètres. Le malade put marcher avec une canne et une forte semelle placée au soulier du pied gauche.

17. — Luxation gauche chez un homme. On trouve flexion, adduction, dépression à la place du grand trochanter ; la tête est perçue au-dessus du tubercule ischiatique. Réduction facile sous anesthésie par mouvement combiné de flexion, abduction et rotation en dedans.

18. — C'est un homme qui présente une luxation obturatrice récente. Tout d'abord, on la transforme en luxation ischiatique (?), puis obturatrice. La même manœuvre fut répétée plusieurs fois.

Enfin, avec extension et une forte traction obtenue en appuyant le pied contre le périnée, on obtint la réduction.

19. — Homme de 53 ans luxé à droite. Un tronc d'arbre lui était tombé au niveau de la hanche droite alors qu'il était debout ; le membre inférieur droit écarté. La réduction fut facilement obtenue

sans anesthésie, par flexion, abduction, puis adduction, flexion et extension.

20. — Homme de 40 ans tombé en restant suspendu par le pied droit. Une demi-heure après l'accident, il fut examiné sous anesthésie générale et l'on trouva son membre inférieur droit en flexion, abduction, rotation en dedans et enfin adduction et extension ; ces manœuvres échouèrent. De même échouèrent : 1° rotation et hyperextension ; 2° tractions avec un appareil. Ces dernières manœuvres durent être arrêtées, le malade tombant en syncope.

On obtint enfin la réduction avec le même appareil mais en tirant cette fois-ci en dehors, puis en dehors et en haut ; le membre luxé fut saisi au-dessus des malléoles et amené contre le membre gauche.

21. — Luxation datant de six semaines et demie chez un enfant de 4 ans. Il présentait un allongement de 2 centimètres. La réduction fut facilement obtenue en narcose par des mouvements d'abduction, flexion, rotation en dehors et extension ; puis contre-extension combinée à la fixation du bassin.

On le laissa quelque temps avec les attèles.

Deux mois après, il courait avec une canne (!).

22. — Luxation droite chez un homme bien musclé tombé de voiture ; sous anesthésie, on tenta la réduction par flexion et mouvements de rotation ; on échoue.

Le lendemain, le bassin fut fixé par le pied de l'opérateur posé sur la branche horizontale du pubis. On opère une traction directe vers le haut ; après quoi, par de légers mouvements de va-et-vient, la tête rentre dans la cavité cotyloïde.

23. — Il s'agissait d'une luxation récente et de deux luxations anciennes.

Dans le premier cas, la réduction fut obtenue par hyperflexion et supination.

¶ Dans les deux autres cas, on pratiqua l'abduction, pronation, et ensuite extension.

24. — Luxation datant de quarante-neuf jours chez un homme de 69 ans qui fut facilement réduite sous anesthésie générale par flexion, rotation en dedans et tractions sur le genou plié.

25. — Luxation de *cause directe* (exceptionnelle). C'était un homme

de 40 ans, valet de ferme, qui avait glissé d'un char et était tombé debout entre les chevaux et le char. Poussé par un cheval, il était tombé en travers des chevaux et la roue gauche de devant lui était passée sur la cuisse gauche à la hauteur du grand trochanter, en le traînant sur un espace de 1 à 2 mètres, la roue gauche arrière l'écrasa au même niveau.

Diagnostic : Luxation obturatrice de cause directe.

La réduction fut facilement obtenue.

26. — Homme de 29 ans tombé d'une voiture sur le genou droit les mains étendues. La tête était sentie entre le périnée et la cuisse, flexion de 60 degrés. Raccourcissement de 1 cent. $1/4$ (Zöll). Réduction sous narcose après transformation en luxation directe.

27. — Le dernier cas se rapporte à un journalier âgé de 30 ans qui présentait une luxation gauche à la suite d'une chute sur le membre inférieur gauche.

Quinze jours après, on constatait que le membre inférieur gauche présentait les signes suivants : rotation en dehors et forte abduction, allongement.

Diverses manœuvres plus ou moins compliquées furent essayées sans succès ; ainsi la transformation en luxation iliaque ne donna pas de résultats. Aussi, deux mois plus tard, le malade partait de l'hôpital avec une impotence assez marquée et douloureuse.

II

7 cas rapportés dans la thèse de Liber (thèse de Paris, 1890-1891, p. 24).

1. — Communication de Malgaigne à la Société de chirurgie, 1846 :

Il s'agit d'un jeune homme de 18 ans qui était tombé les jambes écartées, avait senti à l'aîne droite un craquement accompagné d'une vive douleur ; il n'avait pu se relever. La jambe droite était allongée et écartée d'environ 50 centimètres. En voulant la rapprocher, la douleur lui fit porter la main dans l'aîne (où il sentit une forte tumeur). Instinctivement, il pressa sur cette tumeur de dedans en dehors avec la main gauche, un nouveau craquement se fit entendre ; le

membre avait repris sa forme normale. Le malade put se relever et retourner chez lui.

2. — Le *Rust Magazin* avait publié une observation semblable : Un ouvrier âgé de 24 ans s'était luxé le fémur droit dans le trou ovale. Il était tard, la réduction fut remise au lendemain. Le malade, couché d'abord sur le côté droit, fit un effort pour se tourner à gauche, et, comme il cherchait à soulever la cuisse malade pour lui faire suivre le mouvement, la douleur lui fit subitement lâcher prise. En même temps, un craquement se fit entendre : la luxation et la douleur avaient à la fois disparu.

3. — Dupuis, de Bordeaux, dans la *Revue médico-chirurgicale*, décembre 1855, a également rapporté 1 cas de réduction spontanée d'une luxation ovalaire chez un enfant de 12 ans. Après avoir constaté les symptômes bien nets de luxation, le chirurgien avait fait tout disposer pour la réduction, lacs extenseur et contre-extenseur, quand, au moment de commencer, il s'aperçut que la difformité avait disparu : la luxation était réduite.

Sédillot a rapporté 4 observations de luxations ovalaires, lesquelles n'ont pas empêché les sujets qui en étaient atteints de vaquer à leurs exercices ordinaires sans douleur marquée et sans beaucoup de claudication.

1. — Dans le premier cas de Sédillot, il s'agit d'un charretier qui, étant tombé de dessus les brancards de sa voiture, s'était luxé la cuisse dans le trou ovalaire. Cette lésion ne l'avait pas empêché de se relever et de continuer à conduire ses chevaux au prochain relais. Plus tard, il se rendit à l'hôpital pour y être traité de la gêne des mouvements. Sédillot constata l'existence d'une luxation ovalaire qu'il réduisit séance tenante.

2. — Dans le deuxième cas, il s'agit d'une jeune fille qui avait été précipitée de la sellette d'une balançoire et avait toujours boité un peu depuis ce moment sans avoir un instant cessé de marcher avec la plus grande facilité.

Sédillot constata l'existence d'une luxation ovalaire dont la réduction ne fut obtenue qu'après plusieurs essais infructueux.

3. — Le troisième fait a pour sujet un chasseur à pied âgé de 18 ans qui avait fait une chute dans un bateau. Trois jours après

seulement, cet homme, qui avait continué à marcher, s'aperçut, le matin en se levant, que sa jambe et sa cuisse droites restaient inclinées en dehors et qu'il en résultait un peu de claudication. Après avoir été considéré pendant quelque temps comme simulateur, il fut envoyé à l'hôpital où Sédillot constata une luxation ovulaire.

4. — Enfin, le dernier fait a rapport à un jeune enfant de 6 ans qui s'était luxé la cuisse gauche en bas et en dedans en jouant à l'école. Il rentra chez lui à pied, ne se plaignant que d'un peu de douleur à la hanche. On crut à une simple contusion; mais au bout de huit jours, les accidents n'ayant pas cessé, Sédillot, appelé en consultation, diagnostiqua une luxation ovulaire. La réduction fut opérée par des tractions sur la cuisse fléchie.

III

OBSERVATION XLIV

WALTHER, *Bull. de la Soc. d. chir. de Paris*, 1897, p. 569.

M. Valther présente un homme opéré, en 1894, pour une luxation ancienne (ovulaire) de la hanche; la tête fut réséquée et l'extrémité du fémur replacée dans la cavité cotyloïde. Mais cette extrémité du fémur se déplaça de nouveau, et aujourd'hui le malade marche très mal avec une très forte claudication.

IV

Fragment d'un tableau de la thèse de Piolet (Lyon, 1901-1902).

Chirurgiens. —	Age du blessé. —	Date de la luxation. —	Méthode de réduction. —
1. Notta.	—	42 jours	Mouffles, procédé de Desprès, mouffles; transformée 2 fois en iliaque.
2. Cripps-Lawrence.	4 ans 1/2	47 jours	—
3. Desprès....	48 ans	66 jours	Extension avec anesthésie.
4. Bayer.....	—	3 mois	Transformée en iliaque, puis réduite par flexion.
5. Pietrkowski....	11 ans	3 mois	—
6. Peitavy.....	34 ans	6 mois	Manœuvres de douceur.
7. Carron du Villars.	—	8 mois	Extension.
8. Guernonprez	19 ans	4 ans	Anesthésie, rupture de l'ankylose (réduction).

V

OBSERVATION LIII

WATKINS, *Journal of bone and joint Surgery*, 1923, vol. V (avril), p. 243.

Luxation ovalaire remontant à trois mois. Incision longitudinale de 5 pouces, commençant en dehors et en bas de l'épine iliaque antéro-supérieure et parallèle au bord interne du muscle couturier. Il me fut possible d'ouvrir la capsule dans sa partie supérieure, d'examiner la cavité, et, allant de dedans en dehors, de sectionner les bandes de tissu fibreux interposées.

Alors, faisant une incision transversale en dehors de 3 à 4 pouces, partant de l'extrémité inférieure de la première incision, je pus diviser transversalement le fascia lata.

La réduction s'opéra alors très facilement.

Dans ces 55 observations, nous avons réuni 53 cas de luxations obturatrices : 52 sont des luxations traumatiques ; 1 seule est survenue à la suite d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu. Les auteurs écrivent que les 2 autres sont peut-être accidentelles.

DEUXIÈME PARTIE

Analyse.

Nous sommes frappé, dès l'abord, de ce que ces observations prises au hasard, puisqu'elles relatent tous les faits qu'il nous a été possible de trouver, soient pour la plupart inachevées. En effet, les auteurs veulent le plus souvent nous raconter ce qu'ils ont fait et les résultats de leur intervention; nous n'avons pu réunir que 8 observations détaillées. Par suite, notre étude des 45 autres cas ne pourra prétendre à être rigoureuse.

Dans cette étude, nous envisagerons successivement : les causes générales de la luxation obturatrice, son mécanisme, ses signes cliniques distinctifs, son pronostic, les différents procédés de réduction proposés et l'état du blessé après le traitement.

Étiologie et mécanisme.

Le degré de résistance des tissus nous est donné dans une faible mesure par l'âge et le sexe des sujets. Examinant nos observations, nous voyons que les cas les plus nombreux se rapportent à des hommes adultes. Sur 39 cas, 28 adultes, 2 femmes, 9 enfants : c'est en effet ceux qui s'exposent le plus aux traumatismes. Mais pour un même traumatisme il est évident qu'un adulte résistera mieux qu'un enfant et un homme mieux qu'une femme. Toutefois il est à présumer que les enfants et les vieillards verront plutôt leurs os se briser que leurs articulations se luxer.

Donc, la luxation obturatrice est une lésion de l'homme vigoureux adulte.

Beaucoup de professions exposent au traumatisme. Nous trouvons 2 marins, 2 mineurs, 1 charretier, 1 cultivateur, 1 maçon, 1 peintre en bâtiment. A part 1 valet de ferme et 2 journaliers, nous ignorons la profession de nos autres blessés.

Le côté de la lésion présente un certain intérêt. Nous avons ici 14 luxations droites, 13 luxations gauches, 2 luxations bilatérales, dont l'une est une double luxation obturatrice et l'autre une luxation double, obturatrice et ilio-pubienne.

On sait que le traumatisme qui provoque une luxation peut être direct ou indirect suivant que l'agent vulnérant vient heurter le sujet ou que l'inverse se produit. L'étude de nos observations nous montre que sur 20 cas (le mécanisme des 33 autres luxations n'est pas spécifié), 5 sont de cause directe, soit 25 p. 100. Ce mode de luxation ne nous paraît donc pas exceptionnel. Toutefois, il est hors de doute que ces chiffres ne correspondent pas à la réalité, certains auteurs, en présence de plusieurs cas, ne relatant que ceux qui leur paraissent exceptionnels.

Nous comprenons aisément ce qui s'est passé lorsque le malade est allé au devant de l'agent vulnérant : chute sur le membre inférieur placé à ce moment-là en abduction.

Le blessé est tombé de plus ou moins haut; d'où accélération au point de chute plus ou moins grande, c'est le même mécanisme, nous semble-t-il (1), qui entre en jeu dans le cas d'un accident de chemin de fer; le sujet, en raison de sa force d'inertie, s'élance brusquement contre les parois du wagon, et ici entre en ligne de compte une certaine vitesse initiale qui s'ajoute à la force calculée d'après le déplacement; cette vitesse initiale est une force qui provient de l'énergie cinétique du train. On la retrouve lors d'une chute de voiture, par exemple,

(1) On pourrait objecter que cela est vrai pour un observateur immobile par rapport au sol, mais l'on peut aussi bien dire que ce sont les parois du wagon qui se précipitent sur le sujet et que l'on a affaire à un traumatisme direct.

cas fréquemment observé, nous allons le voir (luxation obturatrice à la suite d'un accident de chemin de fer, voir le dixième cas rapporté par Bérandes, p. 28).

Revenons au cas habituel de la chute *verticale*... Le plus souvent, le blessé est tombé d'une hauteur de quelques mètres, deux ou trois, pas souvent plus. Dans ce cas *moyen* habituel, nous pourrions avoir, outre les contusions éventuelles des parties molles entourant l'articulation qui nous intéresse et les blessures localisées en d'autres régions, et suivant les circonstances (circonstances extérieures et capacité de résistance de l'appareil ostéo-ligamentaire de notre traumatisé) :

1° *Une lésion osseuse* : Fracture de l'un des deux os sur lesquels prend point d'appui la capsule; fracture du fémur au niveau de son col anatomique ou de l'os coxal (fracture du bassin);

2° *Une lésion articulaire* : Déchirure de la capsule à sa partie *inférieure*, son « point faible », rupture des ligaments qui la renforcent..., le tout pouvant permettre l'issue hors de la cavité cotyloïde de la tête fémorale, si l'abduction du membre inférieur est suffisamment exagérée;

3° Des lésions osseuses et articulaires, en cas d'écrasement par exemple;

4° Enfin, si le choc n'est pas assez *énergique*, ou si les tissus résistent suffisamment, aucune lésion osseuse ou articulaire.

La luxation correspond à une vitesse de chute moyenne, mais il nous est impossible de préciser davantage, vu le grand nombre de circonstances qui viennent fausser les résultats : degré de consistance du lieu de chute, prédispositions individuelles, âge du blessé, passé pathologique osseux ou ligamentaire.

La chute d'une voiture en marche est le cas le plus fréquemment observé (Obs. XXXI, XXXIV, XXXV, XI). Le cas peut être plus complexe, le sujet étant écrasé, après être tombé, par une ou les deux roues du même côté (Obs. VII), et le mécanisme de la luxation n'est plus alors direct ou indirect, il est *mixte* (en fait, en présence de deux traumatismes, l'un direct, l'autre indirect, on ne sait lequel a déterminé la luxation).

Un cas typique d'abduction forcée nous est relaté dans l'observation III : Il s'agit d'un marin qui glisse sur le pont mouillé de son bateau (malheureusement, l'auteur ne donne aucun détail sur ce mécanisme), c'est le cas le plus facile à interpréter.

Un autre cas, dont le mécanisme est plus complexe au premier abord, nous est donné dans l'observation XI,III : L'enfant, âgé de 6 ans, s'est luxé la hanche gauche en jouant, à l'école. Il devait s'agir là aussi d'une abduction exagérée sans autre traumatisme.

Dans l'observation I, le blessé « tombe de 5 mètres de haut à pieds joints, fléchit les cuisses et s'assoit sous la violence de la chute ».

Ici, la flexion semble l'avoir emporté sur l'abduction pour déterminer la luxation, mais la flexion, même si le blessé a réuni les talons, a pu s'accompagner d'un certain degré d'abduction.

Suivant le plan que nous nous sommes tracé, nous laissons de côté, dans cette étude, le mécanisme intime de cette affection (modifications anatomo-pathologiques de l'articulation de la hanche).

Symptômes.

Le symptôme le plus probant de la luxation obturatrice de la hanche est, on le sait, une radiographie montrant le déplacement de la tête fémorale de la cavité cotyloïde jusque en regard du trou obturateur. Nos observations sont pour la plupart (Obs. I et LIII exceptées) antérieures à ce mode d'exploration que nous laisserons de côté, ayant souligné ici son importance capitale.

Les signes subjectifs sont la douleur et l'impotence fonctionnelle. La douleur éprouvée par les blessés n'est guère relatée dans nos observations (bonne description dans l'obs. V).

L'impotence fonctionnelle semble être mise en doute dans certains cas ; il nous paraît plus logique de mettre en doute le diagnostic de ces auteurs qui n'avaient pas à leur disposition les moyens d'investigation que nous possédons actuellement.

Les signes objectifs sont les suivants : le membre lésé est

trouvé en abduction, rotation en dehors, quelquefois pas de rotation ou même rotation légère en dedans, flexion marquée. La fesse du côté lésé est souvent aplatie. A la place du grand trochanter, on trouve une forte dépression.

Principalement, la ligne de Nélaton-Röser se trouve être située au-dessus du grand trochanter, formant avec ce troisième point (?) un triangle au lieu d'une ligne droite.

La radiographie de notre observation I est caractéristique.

Le toucher rectal, pratiqué dans notre observation II, montre que « les muscles remplissant le trou obturateur font une forte saillie hémisphérique bombant vers l'intérieur; si, en même temps, on déplace le fémur, on sent là les mouvements de la tête (fémorale) ». C'est donc un mode d'investigation précieux.

La mensuration montre que le membre lésé est plus long que le membre sain (de 1/2, 1, 2 à 5 centimètres).

Enfin l'atrophie, dans les cas anciens, est quelquefois relatée (Obs. VI).

Pronostic.

Le pronostic d'une telle affection *non traitée* est défavorable. Il nous est facile de le retrouver dans la symptomatologie des luxations anciennes.

Nous voyons ensuite qu'au bout de quelque temps certains malades peuvent se mouvoir, « ramper et faire la culbute » et même marcher, courir et vivre comme un homme normal (?).

Mais la plupart du temps, ils sont voués à l'ankylose en position vicieuse et ils devront subir l'ostéotomie sous-trochantérienne.

De plus, leur luxation devient de moins en moins réductible, et nous avons des exemples de « luxés » qui s'en vont trouver le « rebouteux », l'« empirique » et doivent finalement aller voir un chirurgien dont ils n'ont pas ainsi facilité la tâche.

Il est intéressant de signaler le cas de cet enfant dont le père réduisit *brutalement* la luxation (Obs. XVII), mais de façon assez satisfaisante (comme seul reliquat : légère douleur. — Impotence fonctionnelle nulle).

L'étude du traitement employé dans ces cas (datant déjà, pour la plupart, d'une cinquantaine d'années !) montre que l'intervention *rapide* est la condition indispensable de la *restitutio ad integrum*.

Traitement.

Nous n'avons pas la prétention de discuter sous ce titre le traitement général de la luxation obturatrice.

Loin de nous aussi le dessein de tirer des conclusions thérapeutiques précises de nos observations disparates, pour la plupart inachevées et s'étendant sur une période relativement très grande.

En effet, le mécanisme de la luxation, sa symptomatologie propre (à part la radiographie) et son pronostic étaient déjà connus dès nos plus anciennes observations, tandis que le traitement a beaucoup évolué ; et comme nous nous sommes proposé de n'envisager que l'analyse des faits observés, une statistique des modes de traitements employés ne peut avoir qu'une valeur documentaire, nous renseigner sur ce qui s'est fait depuis une cinquantaine d'années.

Quelle thérapeutique a donc été adoptée par les auteurs et quels résultats en ont-ils obtenus ?

Nous envisagerons successivement les traitements employés dans les cas récents et dans les cas anciens.

Les traitements employés sont, suivant les cas : la réduction non sanglante, la reposition sanglante et l'ostéotomie sous-trochantérienne.

Sur 42 cas, dont 18 récents et 17 anciens, on a trouvé :

	Cas récents. Cas anciens.	
1 ^o Luxations réduites par manœuvres orthopédiques non sanglantes	17	11
2 ^o Luxations réduites par reposition sanglante ..	0	3
3 ^o Luxations pour lesquelles on a dû pratiquer l'ostéotomie sous-trochantérienne	1	3

Sur 24 manœuvres orthopédiques non sanglantes, 13 seulement ont été pratiquées sous anesthésie générale. Il est évident

qu'une statistique plus récente donnerait un chiffre plus élevé.

Examinons maintenant les résultats :

Sur 18 cas récents :

Guérisons définitives	15
Reliquats légers	3
Impotence fonctionnelle	0

Sur 16 cas anciens :

Guérisons définitives	12
Reliquats légers	4
Impotence fonctionnelle	3

Il est certain que cette statistique est trop optimiste ; nous nous contentons de faire une réserve quant au diagnostic (Voir p. 38, ligne 32).

La proportion trouvée montre toutefois que les cas anciens auraient laissé comme reliquats chez 3 malades une impotence fonctionnelle plus ou moins marquée. Des 13 autres malades, 12 seraient sortis de l'hôpital avec une *restitutio ad integrum*. Au contraire, à la suite de 18 luxations obturatrices « récentes », les auteurs n'auraient observé aucune suite fâcheuse.

Récemment, Watkins (*Journal of Bone and Joint Surgery*, 1923, vol. V, avril, p. 243-259 ; Compte rendu dans la *Revue d'orthopédie*, 1923, p. 687), faisant des recherches bibliographiques sur les luxations traumatiques n'a trouvé que 80 cas et 17 seulement se rapportant à des luxations obturatrices. Peut-être n'a-t-il pas cru devoir rapporter les cas dont le diagnostic ne lui paraissait pas certain. Peut-être aussi avons-nous relaté, malgré nous et après avoir vérifié soigneusement les cas similaires, des observations identiques rapportées par des auteurs différents. Quoi qu'il en soit, l'auteur ajoute une observation personnelle (Obs. LIII) et nous indique le traitement qui a été mis en œuvre dans ces 18 cas :

6 résections de la tête fémorale ;

1 ostéotomie ;

2 repositions sanglantes (avec résection de la partie inférieure de l'acétabulum) ;

9 repositions non sanglantes.

On sait que de nos jours, la reposition sanglante donnant beaucoup plus de succès qu'autrefois, est aussi bien plus pratiquée.

On arrive, grâce à l'ostéotomie sous-trochantérienne, à éviter une impotence fonctionnelle trop grande en remettant le membre dans une position correcte.

L'étude de l'évolution du traitement aurait été bien plus intéressante; nous n'avons pas pensé qu'il soit possible de l'envisager; en effet, le simple énoncé du mode de traitement employé ne nous permet aucune déduction, si nous ne possédons pas l'observation détaillée des symptômes que présente chaque malade, accompagnée d'une radiographie; tel n'est pas le cas : nous n'avons pu réunir que 8 observations complètes et une seule radiographie. Pour les autres, nous n'avons que l'énoncé du traitement, précédé de quelques lignes ne relatant qu'un ou deux symptômes qui ne suffisent pas à faire un diagnostic rétrospectif : *Il nous suffirait d'avoir des calques de radiographie* (mais l'application de ce mode d'investigation est postérieure à la plupart de nos cas, sinon à tous).

Il nous manque donc un des deux arc-boutants nécessaires à la stabilité de notre édifice; ne pouvant le construire, nous l'abandonnerons à regret.

CONCLUSIONS

1° La luxation obturatrice de la hanche survient habituellement chez un homme adulte. Elle est produite le plus souvent par une hauteur de plusieurs mètres sur le membre inférieur dont l'axe est plus ou moins dévié en dehors. Elle est relativement assez fréquente chez les enfants de 5 à 15 ans.

2° Les signes sont caractéristiques; le plus frappant est l'abduction en rotation externe. La radiographie confirme le diagnostic.

3° Les luxations anciennes sont assez bien tolérées. L'impotence fonctionnelle serait moins marquée que dans les autres luxations de la hanche.

4° La réduction sans tractions violentes sous anesthésie générale, réussit le plus souvent dans les cas récents; si cette méthode échoue une première fois, il paraît indiqué de l'essayer à plusieurs reprises.

En cas d'échec, la reposition sanglante sera tentée en s'efforçant de créer une néarthrose.

Ne pouvant pratiquer la reposition, on essaiera de maintenir, après ostéotomie sous-trochantérienne, l'extrémité de la diaphyse fémorale dans le cotyle, en bonne ankylose.

Vu : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

P. BÉGOUIN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 16 décembre 1925.

Pour le Recteur de l'Académie :

Le Doyen délégué,

C. SIGALAS.

BIBLIOGRAPHIE

- BÉRENDES. — Ueber die luxatio obturatoria. Thèse de Würtsbourg, 1886.
- BROCQ. — Traité de chirurgie infantile.
- CROMER. — Contribution à l'étude du traitement des luxations traumatiques de la hanche. *Archiv für orthoped.*, 1923, p. 213. V. *Revue d'orthopéd.*, 1923, p. 279.
- DUPUIS. — *Revue médico-chirurgicale*, décembre 1885.
- HOCKS (J.). — Doppelseitige. Luxatio obturatoria traumatica inveterata. *Archiv für orthoped., ect.*, Müncher u. Berlin, 1923, XXII, p. 261-275.
- LECADRE. — Des luxations iliaques externes traumatiques. Thèse de Strasbourg, 1866.
- LE DENTU et DELBET. — Traité de chirurgie.
- LIBER. — Thèse de Paris, 1890-1891.
- MAC CORMAC. — *Saint-Thomas Hospital reports*, t. IX, 1879, p. 401.
- MAÎTREJEAN. — Les luxations traumatiques de la hanche chez l'enfant. Thèse de Lyon, 1923-1924, n° 74.
- MATHER (J.-H.). — Traumatic obturator dislocation of both Hips. *British Journal Radiol.*, London, 1924, XXIX, 61.
- MURPHY. — Traumatic luxation of Hips in Childhood; report of a case. *Journ. Amer. med. Assoc.*, 1923, vol. LXXX, p. 540.
- OLLIER. — Traité des résections.
- OSTERMAYER. — *Weiner klinische Wochenschrift*, 1894, p. 750-795.
- PIOLLET. — Traitement sanglant des luxations traumatiques de la hanche. Thèse de Lyon, 1901-1902, p. 150.

RENDU et MAÎTREJEAN. — *Revue d'orthopédie*, novembre 1924.

Revue d'orthopédie, 1923, p. 687.

RIEDEL. — *Deutsche Zeitschr. f. chir.*, Bd LXXIX, p. 4-6.

— In *Endlich*, *Langerbecks, Archiv*, 1898, vol. LVI, p. 583.

Société de chirurgie (Bulletin de la), 1846, communication de Malgaigne.

SOURDILLE. — *Bull. Soc. anat.*, 1895, p. 455.

WALTHER. — *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, 1897, p. 569.

WATKINS. — Luxation obturatrice de la hanche. *Journal of bone and Joint Surgery*, 1923, vol. V (avril), p. 243-259.



